



INSCRIÇÃO CAF

1º CICLO - 2024/2025

1º CICLO SANTA CATARINA DA SERRA

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: _____

NIF: _____ Nº Utente: _____

Nº Seg. Social (NISS): _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Ano/Turma: _____

Doenças/Alergias: Sim Se sim, qual? _____

Não

IDENTIFICAÇÃO DOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Identificação da Mãe

Nome: _____

Email: _____

Contactos telefónicos: _____

Identificação do Pai

Nome: _____

Email: _____

Contactos telefónicos: _____

Outras pessoas autorizadas a levar as crianças:

SERVIÇOS REQUISITADOS

Tarde (17:30-19:00)

Valor Mensal: 25,00€

Valor Diário: 3,50€

CAF Tempo Letivo CAF Férias Esporadicamente

AUTORIZAÇÕES

Não autorizo / Autorizo (*riscar o que não interessa*) o meu educando a sair da escola no âmbito das atividades da CAF

Assinatura: _____

Não autorizo / Autorizo (*riscar o que não interessa*) o meu educando a ser fotografado / filmado no âmbito das atividades da CAF

Assinatura: _____

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO

Tendo em conta o nosso regulamento interno, só poderá ser administrado qualquer tipo de medicamento às crianças, mediante autorização escrita. Logo que seja detetado que uma criança tem febre, o Encarregado de Educação será avisado telefonicamente e terá de levar a criança o mais rápido possível. Em caso de indisponibilidade imediata, devidamente justificada, e caso a temperatura corporal da criança seja superior a 38,50°C, poderá ser administrado uma medida de BEN-U-RON Xarope.

Autorizo a administração do medicamento acima descrito, nas condições apresentadas.

Assinatura: _____

REGULAMENTO INTERNO DISPONÍVEL NA ESCOLA

Assinatura do Encarregado de Educação

Data